

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**“CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA
- PACIENTE SEGÚN LA TEORÍA DE PEPLAU EN
LOS SERVICIOS DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO – 2004”**

TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Lourdes Angelica Guevara Chuquillanqui

ASESOR

Rocío Cornejo

Lima – Perú

2005

**CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE,
SEGÚN LA TEORIA DE PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS
DE MAYO – 2004**

Un agradecimiento a Dios Todopoderoso
por darme la vida e iluminar mi camino.

A mi tío José por su apoyo
incondicional para la realización
del presente trabajo.

A la Dra. Rocío Cornejo por sus
valiosos aporte y constante apoyo para
el desarrollo del presente trabajo.

Dedica la presente tesis a mis padres
por su amor, confianza y apoyo incondicional.

A la persona que siempre esta a mi
lado, fuente de estimulo para mi
superación y seguir alcanzando mis
metas propuestas.

A mis amigas Diana, Jeanette, Angelyne y en
especial a Elizabeth y Natalia, por su amistad
desinteresada e incondicional.

INDICE

	Pág.
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Indice.....	v
Lista de tablas	vii
Resumen	viii
Presentación	ix

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento, delimitación del problema.....	1
Formulación del problema.....	3
Justificación del problema.....	3
Objetivos.....	4
Propósito.....	4
Antecedentes del estudio.....	5
Base teórica conceptual.....	10
A. Calidad de atención en Salud.....	10
B. Cuidado de Enfermería.....	15
C. Interrelación Enfermera – Paciente.....	17
D. Teoría de Hildegarde Peplau.....	21
E. Atención de Enfermería al Paciente Quirúrgico.....	23
F. Rol de la Enfermera en la Interrelación con el Paciente	
G. Quirúrgico según la Teoría de Hildegarde Peplau.....	25
Definición Operacional de términos.....	28

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo, nivel y método de investigación.....	29
Descripción de la sede de estudio.....	29
Población.....	30
Técnica(s) e instrumento(s) de Recolección de Datos.....	30
Validez y Confiabilidad del instrumento.....	30
Plan de recolección de datos.....	31
Plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos.....	31

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Presentación, Análisis e Interpretación de Datos.....	34
---	----

CAPITULO IV: CONCLUSIONES - RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

N° 1 :	Calidad de la interrelación enfermera – paciente, según la teoría de Peplau, en lo servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre - Diciembre 2004.....	36
N° 2 :	Calidad de la interrelación enfermera – paciente en relación a la fase de Orientación, según la teoría de Peplau, en lo servicios de cirugía de Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre - Diciembre 2004.....	38
N° 3 :	Calidad de la interrelación enfermera – paciente en relación a la fase de Identificación, según la teoría de Peplau, en lo servicios de cirugía de Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre - Diciembre 2004.....	40
N° 4 :	Calidad de la interrelación enfermera – paciente en relación a la fase de Aprovechamiento, según la teoría de Peplau, en lo servicios de cirugía de Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre - Diciembre 2004.....	42
N° 5 :	Calidad de la interrelación enfermera – paciente en relación a la fase de Resolución, según la teoría de Peplau, en lo servicios de cirugía de Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre - Diciembre 2004.....	44

RESUMEN

Hoy en día el Profesional de Enfermería tiene un papel clave en la gestión de la calidad en salud, porque mantiene el vínculo mas estrecho con el paciente y la interrelación con todos los sistemas de salud, enfoques claves para la evaluación de dicha calidad. En tal sentido es necesario que el profesional de Enfermería brinde al paciente buenos cuidados de enfermería entendiéndose esta con calidad tecnológica, científica y sobre todo humanística sin embargo, se observa con frecuencia en los servicios de hospitalización que la enfermera centra su cuidado en la satisfacción de las necesidades biológicas, dejando de lado las necesidades psicosociales, por este motivo se considero necesario realizar el presente estudio titulado calidad de la interrelación enfermera - paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del hospital nacional dos de mayo, el cual tiene como objetivo determinar la calidad de la interrelación enfermera- paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las enfermeras asistenciales del servicio de cirugía H3, H4, 13 e 14, siendo un total de veinte. La técnica usada fue la observación directa a las enfermeras, las cuales fueron observadas en tres oportunidades. El instrumento utilizado fue la lista de cotejo el cual fue sometido a juicio de experto y prueba binomial se realizo el procesamiento de datos en función de la escala de medida a través del programa Microsoft Excel, se hizo uso de la campana de Gauss para evaluar la calidad de interrelación en función a niveles. La presentación de los datos se hizo por medio de tablas estadísticas.

Los hallazgos mas significativos fueron: La calidad de la interrelación enfermera paciente, según la teoría de Peplau es predominantemente mediana

con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera - paciente deficiente, como producto del desempeño profesional debido a que necesita reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación, ya que existe una barrera entre el paciente y la enfermera impidiendo así que se estable una calidad de interrelación enfermera - paciente óptima. La calidad de la interrelación enfermera - paciente en relación a la fase de Orientación, Identificación.

Aprovechamiento, Resolución es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación deficiente.

Palabras claves: Calidad, Cuidado de Enfermería, Interrelación, Paciente.

SUMMARY

Today in day the Professional of Infirmary has a key paper in the administration of the quality in health, because you maintains the bond but I narrow with the patient and the interrelation with all the systems of health, key focuses for the evaluation of this quality. In such a sense it is necessary that the professional of Infirmary offers the patient good infirmary cares understanding each other this however with technological, scientific and mainly humanistic quality, you is frequently observed in the services of hospitalization that the nurse centers her care in the satisfaction of the biological necessities, leaving of side the necessities psicosociales, for this reason you considers necessary to carry out the present study titled quality of the interrelation nurse - patient, according to the theory of Peplau in the Services of Surgery of the National Hospital Dos de Mayo, which has as objective to determine the quality of the interrelation nurse - patient, according to the theory of Peplau in the Services of Surgery of the National Hospital Dos de Mayo.

The study was of quantitative type, level descriptive applicative of traverse court. The population was conformed by all the assistance nurses of the Surgery Service H3, H4, 13 and 14, being a total of twenty. The used technique went the direct observation to the nurses, which were observed in three opportunities. The used instrument was the comparison list which was subjected to expert's trial and binomial test one carries out the prosecution of data in function of the measure scale through the program Microsoft Excel, use of the bell of Gauss was made to evaluate the interrelation quality in function at levels. The presentation of the data was made by means of statistical charts.

The discoveries but significant they were: The quality of the interrelation patient nurse, according to the theory of Peplau is mainly medium with tendency to a quality of the interrelation nurse - patient faulty, as product of the

professional acting because it needs to reinforce its abilities and dexterities for the communication, since a barrier exists between the patient and the nurse impeding a quality of interrelación nurse so it is begun - patient good. The quality of the interrelation nurse - patient in relation to the phase of Orientation, Identification.

Use, Resolution is mainly medium with tendency to a quality of the faulty interrelation.

Key words: Quality, Care of Infirmary, Interrelation, Patient

PRESENTACIÓN

En la actualidad la búsqueda de la calidad de los servicios de salud representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para los profesionales de salud, especialmente para el profesional de enfermería, ya que está en contacto directo continuo con el paciente por lo que debe garantizar la calidad del cuidado que brinda. Cuidado que debe ser con sentido holístico, seguro, oportuno y sobre todo humano. Debido a que toda persona hospitalizada experimenta una serie de sentimientos más aún si va a ser sometido a algún tipo de intervención quirúrgica.

El presente trabajo de investigación que tiene como título “Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo”, surge de la importancia que tiene en la actualidad el fortalecimiento de la práctica de enfermería para el logro de la calidad del cuidado de manera que permita conocer una dimensión importante de la calidad, la dimensión interpersonal sustentada en la teoría de Peplau, ya que una interrelación interpersonal de óptima calidad es necesario para lograr la satisfacción del paciente, como menciona Donabedian son extraordinariamente sensibles al trato que recibe y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos.

El propósito de este trabajo es dar a conocer los resultados, los cuales contribuyan al fortalecimiento de la interrelación Enfermera – paciente, así también llamar a la reflexión al profesional de enfermería que está en contacto directo con el paciente quirúrgico si la interrelación que establece refleja su sentir humanitario. De esta manera permitirá mejorar los niveles de tacto, calidez con el paciente, familia y comunidad, mejorando la práctica de enfermería para el logro de la calidad del cuidado.

El trabajo ha sido estructurado de la siguiente manera para su mejor comprensión:

CAPITULO I : Introducción, donde se detalla el planteamiento y delimitación del problema, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito, antecedentes del estudio, base teórica, definición operacional de términos.

CAPITULO II : Material y métodos, describiendo tipo y nivel de investigación, método a usar, descripción de la sede de estudio, población, técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección de datos, procedimiento, análisis de datos.

CAPITULO III : Resultados y Discusión, en donde se detalla la presentación, análisis e interpretación de datos.

CAPITULO IV : Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones.

Finalmente se presentara las Referencias bibliograficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y Delimitación del Problema

Hoy la calidad es un aspecto clave de la gestión empresarial y especialmente para los servicios de salud, lo que ha llevado al Ministerio de Salud a realizar cambios en el sistema de gestión de la calidad, el cual tiene como objetivo mejorar la calidad de atención en los servicios, a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios. En este contexto se hace necesario plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios.

La calidad de atención en los servicios de salud es responsabilidad del equipo de salud que labora en un hospital, en tal sentido el rol de la enfermera cobra particular importancia por ser miembro del equipo de salud, por brindar atención directa y estar en contacto el mayor tiempo con el paciente; de ahí que una atención interpersonal de buena calidad es necesario para lograr la satisfacción de las necesidades biopsico-espirituales de los pacientes, debido a la frecuencia de interacción, lo cual da la calidad de atención como un todo incluyendo los méritos técnicos.

Desde la formación y en el trabajo de las enfermeras el cuidado de Enfermería está orientado al cuidado de la vida humana, que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y quehacer en enfermería, y este debe caracterizarse por su calidad lo cual implica no solo asegurar el mantenimiento, el restablecimiento de las funciones corporales vitales, sino también implica establecer una relación interpersonal. El proceso de cuidar se centra en la interrelación enfermera-paciente con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación interpersonal con el sujeto de cuidado considerándolo como un ser biopsicosocial – espiritual; en el marco del saber científico con la práctica de enfermería.

Enfermería es una profesión dinámica, ya que su práctica se encuentra en constante cambio, de ahí que el desarrollo de una base científica para el ejercicio de la profesión tiene gran importancia; en este caso la teoría de Hildegarde Peplau, orienta la práctica de enfermería como un proceso interpersonal terapéutico entre una persona que necesita ayuda y un profesional de enfermería capaz de reconocer y responder a la necesidad de ayuda, satisfaciendo sus necesidades que es mayor en el paciente quirúrgico, ya que ante toda cirugía experimenta una serie de sentimientos llevando a vivenciar ansiedad, miedo, amenaza a su estilo de vida, su integridad corporal e incluso la vida misma.

El concepto de cuidado de Enfermería trasciende de lo psicológico, hacia lo humanístico y social por lo que no debe relegarse sino resaltarse, de ahí que es importante el aspecto humano del paciente, aspecto importante del cuidado y que son propios de nuestra competencia que afianza realmente los valores de la profesión de Enfermería y que algunos le llaman vocación, pero para que ésta se cristalice es necesario además del conocimiento científico, de la habilidad y destreza que precisa una buena comunicación en la relación enfermera-paciente, lo que permite la continuidad de la atención y a la vez establecer

relaciones interpersonales con la finalidad de garantizar cuidados de calidad y ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades.

En este contexto siendo enfermería una profesión cuya función es ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de restablecer y/o mantener su bienestar; es necesario que la enfermera establezca con el paciente quirúrgico una interrelación de calidad humana, con la finalidad de disminuir sus temores, ansiedad, inseguridad.

Frente a esta situación se formula la siguiente interrogante:

¿Cómo es la calidad de la interrelación Enfermera-Paciente, según la teoría de Hildegarde Peplau en los Servicios de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo en el mes Noviembre - Diciembre del 2004?

La persona individualmente es la razón de ser de Enfermería clínica y de donde deriva la esencia del cuidado cuyo elemento esencial es la interrelación Enfermera – Paciente el cual se debe de iniciar desde el momento que el paciente ingresa al servicio, siendo la enfermera responsable de establecer la interrelación por su preparación en reconocer y responder a la necesidad y ayuda del paciente; en el área clínica y en el área emocional disminuyendo sus temores, ansiedad y ayudándole a encontrar soluciones a la situación de conflicto, en tal sentido es necesario conocer como el profesional de Enfermería establece la interrelación con el paciente, si contribuye a ayudar a la satisfacción de sus necesidades y por ende a su recuperación oportuna y satisfactoria.

Para el presente estudio se han planteado los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Determinar la calidad de la interrelación enfermera-paciente según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Objetivos Específicos:

- Identificar la calidad de la interrelación enfermera-paciente en relación a la fase de Orientación en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar la calidad de la interrelación enfermera-paciente en relación a la fase de Identificación en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar la calidad de la interrelación enfermera-paciente en relación a la fase de Aprovechamiento en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar la calidad de la interrelación enfermera-paciente en relación a la fase de Resolución en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Los hallazgos obtenidos del presente estudio tendrá como propósito dar a conocer los resultados, los cuales contribuyan a fortalecer la interrelación enfermera-paciente en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo y de esta manera fomentar cambios en la actitud de la enfermera durante la atención al paciente quirúrgico en forma holística.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Milla Guerrero Patricia en el año 1990 realizó un estudio de investigación sobre “Relaciones Interpersonales Enfermera-Paciente de los Servicios de Cirugía General del Hospital Arzobispo Loayza”, cuyo objetivo general era analizar los factores que influyen en las relaciones interpersonales enfermera-paciente en el ambiente hospitalario, la metodología usada fue descriptivo exploratorio tomando como marco poblacional a 22 enfermeras las cuales laboran en el servicio de cirugía, se utilizó como instrumento la lista de cotejo la cual se aplicó a cada una de las enfermeras, así como también un cuestionario a través del cual permitió conocer aspectos del quehacer de la enfermera y sus relaciones interpersonales, la investigación se realizó durante tres meses, al final del estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

“La organización de las actividades de las enfermeras en el servicio de cirugía influye negativamente en la realización de relaciones interpersonales con los pacientes siendo las actividades que demandan mayor dedicación: los procedimientos, el tratamiento farmacológico y las actividades administrativas, la experiencia profesional de las enfermeras, influyen negativamente en las relaciones interpersonales ya que a mayor año de experiencia laboral eran menor las relaciones interpersonales con el paciente” (1).

Tejada C. Adela, en el año 1994, realizó estudios de investigación sobre “Características de la Atención de Enfermería al Paciente trasplantado de riñón en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, Lima, cuyo objetivo era identificar factores que influyen en la calidad de la atención de enfermería y determinar el cumplimiento de criterios evaluativos para calificar el nivel de cada uno de los estándares. La metodología utilizada fue descriptiva de corte transversal con observación participativa, utilizando como instrumento un test

de observación, protocolos de atención y encuestas a enfermeras, pacientes y familias, llegando a las siguientes conclusiones:

“La enfermera enfatiza el aspecto terapéutico y la satisfacción de las necesidades fisiológicas, dejando de todo el aspecto psicológico, social y espiritual. La enfermera no planifica la atención que brinda, no considera al familiar en el aspecto educativo...” (2).

Alfaro Novoa Rocío, en el año 1996 realizó un estudio de investigación sobre “La Atención humanitaria de la Enfermera y la Opinión del Paciente hospitalizado sobre la Atención recibida en el Servicio de Medicina B del Hospital Nacional Cayetano Heredia”, cuyo objetivo era determinar si la enfermera brinda atención humanitaria y como influye esta atención en la opinión del paciente hospitalizado. La metodología utilizada es descriptivo-prospectivo, teniendo como población a 5 enfermeras que laboran en dicho servicio y 15 pacientes seleccionadas al azar, se utilizó como instrumento la guía de observación la cual se aplicó 3 veces a cada enfermera y la encuesta dirigida al paciente para conocer la opinión de este en relación a la atención recibida, la investigación se realizó durante 2 meses al final del estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

“la atención que brindan las enfermeras en el aspecto humanitario se da en un nivel poco satisfactorio, los pacientes manifestaron que la atención de la enfermera es regular, debido a que ella encamina su actuar en mayor porcentaje al cumplimiento de las indicaciones médicas” (3).

Becerra Garay, Silvia en el año 1996, realizó un estudio de investigación sobre “Nivel de Atención humanizada en el Actuar de las Enfermeras de la Sala de Observación del Departamento de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia”, cuyo objetivo era determinar el nivel de trato humanizado que brinda las enfermeras a los pacientes que acuden en busca de soluciones a sus

problemas de salud. La metodología utilizada es descriptiva de corte transversal, teniendo como población a 10 enfermeras asistenciales que laboren en el Departamento de Emergencia en los diferentes turnos, el instrumento utilizado fue una guía de observación la cual se aplicó en 6 oportunidades a cada enfermera. La encuesta dirigida a la enfermera para la obtención de datos personales y profesionales de cada enfermera, que pueden relacionarse con la atención brindada al paciente, al final del estudio se concluyó:

“Del total de enfermeras investigadas en los tres turnos el 80% alcanzaron nivel medio de trato humanizado y el 20% el nivel mínimo, de los 3 turnos estudiados el nivel mínimo de trato humano fue el turno noche” (4).

Vera Mendoza, Martha en el año 1998 realizó un estudio de investigación sobre “Factores que Influyan en la Calidad de Atención que brinda la Enfermera en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”, cuyo objetivo general era determinar los factores relevantes que influyan en la calidad de atención que brinda la enfermera al usuario. La metodología usada fue descriptivo transversal, tomando como marco poblacional y muestra a 160 enfermeras que trabajan en los servicios de hospitalización y 300 pacientes hospitalizados, en un mínimo de tres días se aplicó la técnica de observación libre en la entrevista a la enfermera y paciente, la investigación se realizó durante tres meses al final del estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

“la calidad de atención que brinda la enfermera según el desempeño observado es bueno aunque de practica tradicional y según el cliente también considera que la atención que recibe es buena por el trato amable y cortes el cual satisface sus necesidades” (5).

Zeta Vega, Zulema en el año 1998, realizó un estudio de investigación sobre “Expectativas del Paciente en la Admisión respecto a la Atención de Enfermería humanitaria y la Percepción sobre la Calidad de la misma al

momento del alta en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, Lima; cuyo objetivo fue determinar las expectativas que tiene el paciente al momento del alta en el servicio de cirugía, utilizaron el método descriptivo-prospectivo correlacional. La población estuvo conformada por 40 pacientes, con grado de dependencia I y II, el instrumento utilizado fue escala de Lickert que se aplicó en el ingreso y la escala de frecuencias aplicada en el momento del alta, cumpliendo con el proceso de validez , llegando a las siguientes conclusiones:

“El profesional de Enfermería genera en los pacientes expectativas con intensidad media con ligera tendencia a la intensidad baja en el aspecto humano, como producto de un desempeño humano desensibilizado, la calidad de atención humanizada que brinda la enfermera es de nivel medio ya que se priorizar la satisfacción de las necesidades biológicas y en forma mínima las necesidades psicosociales y espirituales” (6).

Parra B.; Peña N., en el año 1999, realizó un estudio de investigación sobre la “Comunicación terapéutica para optimizar la Calidad de Atención al enfermo consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz” Estado Táchira-Venezuela; el objetivo era determinar la existencia de elementos y factores lingüísticos que interfieran en la comunicación de la enfermera en la atención directa.

La población estuvo conformada por 20 enfermeras de atención directa, intensivistas; los cuales conformaron la muestra total, además de 60 pacientes conscientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos seleccionando el 20% de los mismos, quedando como muestra 12 pacientes. Llegando a las siguientes conclusiones:

“Se evidenció la carencia de elementos lingüísticos que faciliten la comunicación entre enfermera-paciente, la sobrecarga de trabajo interfiere en los canales comunicacionales, había carencia de expresiones del lenguaje no verbal lo

cual bloqueaba la comunicación, así como desconocimiento por parte de las enfermeras del lenguaje terapéutico” (7).

Carpio Z. y Quinteros W., en el año 2000, realizó un estudio de investigación sobre “Relación Interpersonal de Enfermería y su Efectividad en Pacientes en la Unidad de Hospitalización de Cirugía y Traumatología del Hospital Militar Coronel Elbano Paredes Vivas” Maracay-Venezuela, cuyo objetivo era determinar el nivel de las relaciones interpersonales de las enfermeras y su efectividad con los enfermos hospitalizados; utilizaron el método descriptivo-prospectivo-transversal, la muestra estuvo conformada por el 100% de la población siendo 35 enfermeras y 35 pacientes. El instrumento utilizado fue dos cuestionarios respectivamente, cumpliendo con el proceso de validación y confiabilidad, llegando a las siguientes conclusiones:

“En las relaciones interpersonales entre ambos grupos existen factores de orden comunicacional como el lenguaje no verbal, barreras semánticas y psicológicas que limitan las relaciones interpersonales” (8).

Arista Chávez Gilber, en el año 2003, realizó un estudio de investigación sobre “Interacción Enfermera- Paciente en el Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión”, Lima, cuyo objetivo fue conocer y analizar las características del proceso de interacción Enfermera – Paciente en el servicio de medicina, la metodología a utilizar fue la observación participante, la población estuvo conformada por 5 enfermeras y 15 pacientes que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. La técnica utilizada fue la observación participante a la enfermera y pacientes así como una entrevista no estructurada a los pacientes, al término del estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

“La mayoría de los profesionales de Enfermería que laboran en el servicio de Medicina del

Hospital Daniel Alcides Carrión, aun les falta desarrollar habilidades básicas de comunicación para lograr una interacción adecuada”(9).

Los trabajos de investigación expuestos nos demuestran que se esta perdiendo la esencia de enfermería, que es el cuidado considerando al paciente como un ser biopsicosocial, ya que la enfermera está centrando su cuidado en la satisfacción de las necesidades físicas dejando de lado el aspecto humano, también se demuestra que la interrelación que establece la enfermera influye directamente en la satisfacción de las necesidades del paciente, de ahí que se cree conveniente profundizar más el estudio de esta variable tan poco abordada en la actualidad.

BASES TEÓRICA CONCEPTUAL – ANALÍTICA

A.- CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD:

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a varios autores, a realizar estudios acerca de la calidad de atención medica.

El primer indicio medico para Mejorar la Calidad de Atención aparece en 1846, cuando se instituye la Asociación Americana, siendo precisamente este, uno de sus objetivos. En 1965 inicio sus trabajos de calidad el Dr. Donabedian, uno de los máximas autoridades de este campo, define la calidad de atención como **“cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud” (10)**; refiriéndose a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye una mejoría de las funciones sociales y psicológicas.

Montiel (1988), considera que la calidad de atención se determina por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes

(11); para Iohr K. (1990), considera la calidad de atención como el **“grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”** (12).

La calidad es el concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la OMS (1945), citado por Gilmore la define como:

“Un alto nivel de excelencia profesional, un mínimo de riesgo para el paciente, un impacto final en la salud”(13).

Así mismo Azebedo (1994), describe la calidad como un fenómeno que no ocurre siempre y se da cuando un producto o servicio logra satisfacer las expectativas del cliente.

La calidad de atención se basa en la opinión del paciente es inherentemente subjetiva, varía de uno a otro paciente en función de los conocimientos, valores y recursos que tienen los actores.

Para Fingerd , W y K Hardee (1993), la calidad de los servicios se refiere a lo que se provee realmente a nivel de la prestación de los servicios y esta determinada en la forma en que los formuladores de políticas y los gerentes de programa convierten sus recursos (personal, suministrar, ubicación) en el servicio (14). La calidad de los servicios de salud debe ser la misma en todos los niveles de atención, la cual no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la institución y depende de todos, el personal de enfermería ocupan un lugar importante ya que esta en contacto continuo y directo con el paciente, por lo que es necesario su participación y compromiso en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud (2002) , desarrolla el sistema de gestión de la calidad en salud definiéndolo como **“ el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y monitorear sus unidades prestadoras de salud en lo relativo a**

la calidad de la atención” (15). Estableciendo políticas de calidad que orienten la gestión de calidad en el MINSA, señalando con relación a los trabajadores, la generación de una conciencia y cultura ética para lograr comportamientos responsables del personal, impulsar el desarrollo del potencial humano en salud, con el objetivo de lograr la satisfacción de los usuarios mejorando la confianza de la población e incorporarlo en la identificación de necesidades y vigilancia de la calidad de los servicios que reciben, lograr la satisfacción de las personas que brindan el servicio mejorando sus competencias, y responsabilidad por la calidad del servicio de salud que proporcionan.

La calidad en salud se determina por una serie de características o aspectos necesarios para que el proceso asistencial sea considerado de calidad, lo cual se conoce como dimensiones de la calidad; Donabedian (1990); propone tres dimensiones; los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que establecen entre proveedor – usuario y el contexto o entorno de la atención.

Dimensiones de la Calidad

Dimensión técnica: Referidas a los aspectos técnicos de la atención buscando las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza calidad – ética, riesgo beneficio, tiene como características buscar: **“Efectividad, referida al logro de los mejores resultados; eficacia, aplicación de las normas de la prestación de servicio; eficiencia, uso adecuado de recursos para obtener resultados esperados; continuidad en la prestación; seguridad; integridad y ética” (16).**

La atención de Enfermería en esta dimensión se traduce en el desempeño profesional óptimo en todo procedimiento y técnicas de enfermería,

demonstrando su competencia técnica – científica, cumpliendo con el tratamiento médico en forma continua, brindando atención oportuna y continua, previniendo situaciones de riesgo.

Dimensión humana: Referido al aspecto humanístico de la atención aspecto fundamental, ya que es la razón de ser de los servicios de salud, tiene como características: **“las relaciones interpersonales proveedor - usuario, respeto a los derechos humanos, información completa veraz, oportuna entendida por el usuario, interés manifiesto en la persona, en sus percepciones y necesidades, amabilidad y empatía, trato cordial, cálido y empático en la atención”**(17).

Dentro de la calidad de atención de enfermería está se traduce en la habilidad para establecer la interrelación enfermera – paciente mediante la relación empática que refleja interés para ayudar al paciente considerándolo como un ser Biopsicosocial para la satisfacción de sus necesidades.

Dimensión de entorno: Referido al contexto del servicio de atención de salud, lo cual implica un nivel básico de comodidad, privacidad, ambientación y el elemento de confianza que siente el usuario por el servicio.

La atención de enfermería en esta dimensión se traduce en favorecer un clima agradable y cómodo, respetando su privacidad al realizar algún procedimiento que atente contra su intimidad.

Evaluación de la Calidad

Montiel (1988), define la evaluación de la calidad de atención como un **“proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos, con el fin de promover el perfeccionamiento”** (18) .

Donabedian (1990), tiene un enfoque compuesto de tres partes para la evaluación de calidad: estructura, proceso y resultado. La información que sirva para juzgar la calidad, puede ser clasificada en una de las tres categorías.

Estructura: forma en que esta organizada la atención, en lo que se refiere a las condiciones económicas, la gestión, el personal, el equipo, las instalaciones y los sistemas de información.

Proceso: comprende las aptitudes desplegadas en el suministro de información y en la prestación de servicios de prevención, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación a los pacientes.

Resultados: son los efectos de la atención dispensada en la salud y bienestar de los pacientes, el grado en que estos quedan satisfechos y la eficacia de la utilización de los recursos.

La enfermería incide en números de factores de la estructura y procesos, debido a que todos los factores donde la enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos de calidad en salud.

Por lo que es necesario el buen desempeño profesional ya que tiene un impacto técnico y social, el uso eficiente de los recursos, un impacto económico, garantizar el mínimo de daños, para lograr la satisfacción del paciente y familia.

Indicadores de la Calidad

Los indicadores son medidas cuantitativas de calidad y es una de las maneras de obtener información que nos permite tomar decisiones sobre la calidad.

Según Zurita (1997) son indicadores de:

Estructura: El número, tipo, calificación del personal, los tipos de servicios disponibles y la distancia de la población usuaria.

Proceso: El número de atenciones prestadas, por unidad de tiempo, número de exámenes o procedimientos realizados.

Resultados: El conocimiento sobre la enfermedad, cambios en la conducta para la salud, y la satisfacción del cliente y del proveedor.

B. CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidar es la esencia de la enfermería, la cual se ejecuta en una serie de acciones de cuidados dirigidos al ser humano o grupos, con el fin de mejorar o aliviar molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad.

Leninger en 1984, quien realizó los primeros intentos de sistematizar y clasificar conceptualmente la noción de cuidados transcultural, sostiene que: **“el cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la enfermería” (19)**. de manera que para la enfermera el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

Para Watson (1988) **“El eje central de enfermería es el ejercicio de cuidar” (20)**. por lo que se debe ofrecer un cuidado de enfermería holístico, ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones, puesto que si falla la atención en una de ellas, se produce un desequilibrio repercutiendo en las demás dimensiones.

Hildegarde Peplau describe los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero(21).

Planner sostiene:

“Cuidado es el proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos” (22).

Colliere (1997) refiere que cuidar:

“Es un tacto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiera ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva” (23).

Colliere sostiene que cuidar es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida.

Medina sostiene: **“Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible ... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar” (24).**

Medina destaca la necesidad de ofrecer un cuidado de enfermería de sentido holístico, el cual se basa en la satisfacción de sus necesidades humanas del paciente.

De las definiciones presentadas podemos decir que la esencia de enfermería es el cuidado y esta debe caracterizarse por su calidad; la cual implica no solo buena competencia técnica, sino también una buena relación interpersonal

enfermera-paciente que procure el crecimiento y la madurez de los actores implicados en el cuidado y la humanización de la atención en salud.

C.- INTERRELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE

El modelo teórico interpersonal que destaca la relación entre el paciente y el personal de enfermería tuvo sus inicios en la escuela de la interacción la cual apareció a finales de los años 50 y principios de los 60.

Meleis (1991), sostiene que en esta época hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela son: Hildegarde Peplau, Josephine Paterson, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiediribuch e Imugene King (25). Las cuales se inspiraron en las teorías de la interrelación la cual considera el cuidado como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda y comprometerse en el contacto.

Peplau (1952), pionera de la escuela de interacción, publicó su libro titulado “las relaciones interpersonales en enfermería” en el describe la enfermería, como un proceso interpersonal terapéutico la cual se trata de una relación humana entre una persona enferma que tiene necesidades y una enfermera formada en forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda.

Asimismo Orlando Ida define el cuidado como: una interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda en el cual se establece un proceso de interrelación mutua con el fin de mejorar su salud.

Calixta Roy sostiene que los cuidados de enfermería se centran sobre todo en el paciente que está llamada a responder a los estímulos que se presentan a causa

de su posición sobre el continuum salud-enfermedad donde, el papel de la enfermería es promover la adaptación requerida para la interrelación.

Gertrud B. Ujhely sostiene que la enfermera debe ser perfectamente consciente de que es humana, y que la relación enfermera paciente se centra sobre todo en la ayuda que se da al paciente para que pueda superar la enfermedad.

La enfermería humanística considera la enfermería en si misma como una forma particular de diálogo humano es así que Josephine Paterson (1973) empleó el término “diálogo” para denotar un concepto más amplio que el de la típica definición se refiere a un diálogo vivo el cual implica comunicación, pero entendido en un sentido mucho más general. Su empleo está restringido a la noción de enviar y recibir mensajes verbales y no verbales. Aquí más bien se le conceptúa como: términos de llamados y respuesta:

La enfermería implica un tipo especial de encuentro entre seres humanos que tiene lugar en respuesta una necesidad percibida como relativa a la cualidad de salud y enfermedad propia de la condición humana. Por lo tanto la enfermería no implica un encuentro meramente fortuito sino más bien un encuentro en el que hay un llamado y una respuesta con fines determinados. Es desde este punto de vista que se considera la enfermería humanística como un tipo de dialogo vivo.

Travelbee (1971) según su modelo de relación persona a persona la relación al inicio es una experiencia o serie de experiencias, que se da entre la enfermera y el receptor de sus cuidados con el fin de satisfacer las necesidades de enfermería que presenta el paciente, la relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento que se da cuando:

“La enfermera es capaz de conseguir el acercamiento porque posee los conocimientos necesarios y las actitudes personales para ayudar a las

personas enfermas y porque es capaz de predecir, apreciar y responder a la individualidad de cada ser humano enfermo” (26).

Para Martha Roger, el objetivo de su teoría es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. La enfermera debe dirigir, redirigir los patrones de interacción existentes entre el paciente y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.

Según Phaneuf, (1993) sostiene que una de las competencias del profesional de enfermería es el de establecer una relación enfermera-paciente y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, ya que permite establecer lazos significativos entre enfermera y paciente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto común y la comprensión empática que ayuda al paciente cuando se enfrenta a una dificultad especial.

Según O'Brien Mauren (1985) citado por Vera sostiene que en la relación enfermera-paciente es importante desarrollar “la comunicación eficaz la cual se caracteriza por:

Flexibilidad: Es cuando la enfermera demuestra que es sensible a los estímulos presentes en el ambiente, además de estar consciente del estado físico, emotivo o social del paciente con quien se comunica respetando sus necesidades y sentimientos, mostrando sensibilidad al momento del encuentro.

Agudeza: Se da cuando la enfermera es observadora ágil para actuar y rápida para comprender, identificando al estilo en el cual sus pacientes y otras personas se comunican.

Receptividad: Es cuando la enfermera tiene una condición interna que le permiten ser sensible a ciertos rasgos de la comunicación que percibe durante su atención al paciente.

Estímulo: Es proporcionar ayuda e inspirar valentía y dar esperanza mediante la comunicación que se establece con el paciente”(27).

Para Griffin (1986) también citado por Vera, considera para el desarrollo de una adecuada relación cinco conceptos básicos, siendo las siguientes: la confianza, la empatía, el afecto, la autonomía y el mutuo respeto.

Un aspecto clave de la calidad del cuidado en enfermería es la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas la cual para su evaluación influye, la presentación del personal de enfermería, el establecimiento de una relación empática que refleje interés para ayudar al paciente a recuperar la salud, la amabilidad y la prontitud en que se otorga el cuidado.

Según Bermejo ser buenos profesionales de la ayuda, no es únicamente poseer muchos conocimientos teóricos sobre las funciones de nuestra competencia debido a que la competencia en la relación de ayuda está por encima de los conocimientos teóricos, ya que para ser eficaces en la relación es necesario conocer y estar entrenado en habilidades o destrezas para la situación de crisis o necesidad. En una palabra es necesario saber hacer, saber comunicar verbal y no verbalmente, saber escuchar y saber callar, saber conducir una conversación que progrese adecuadamente, que sea realmente de apoyo y no de defensa o de huida o de sobreprotección (28).

De las definiciones presentadas podemos decir que un proceso terapéutico e interpersonal que funciona en forma coordinada con otros procesos humanos hacen posible la salud para el paciente, familia y comunidad.

D.- TEORÍA DE HILDEGARDE PEPLAU

La enfermería es una ciencia joven, ya que desde sus orígenes era considerada como ocupación basada con la experiencia de práctica y el conocimiento común y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería, donde Florencia Nightingale con su teoría de entorno, sienta las bases de la enfermería profesional, a partir de aquí nacen nuevas teorías, cada teoría aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.

Hildegarde Peplau en 1952, desarrolla la Primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería, describe los cuidados enfermeros según una perspectiva centrada en la relación interpersonal la Relación enfermera – paciente según Peplau:

“Es un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable”.

La práctica enfermera inspirada en el modelo conceptual de Peplau exige desarrollo de competencia en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas particularmente el apoyo en el aprendizaje, la utilización productiva de la energía que proviene de la enfermedad y el reconocimiento del lenguaje verbal como reflejo de las creencias y conocimientos de las personas. Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable. Contempla el proceso de enfermería con una serie de casos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas incluyen la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; tanto la enfermera y el paciente aprende el proceso de resolución del problema a partir de su relación.

Peplau describe cuatro Fases en la Interrelación Enfermera – Paciente

Orientación: Es el inicio de las relaciones, cuando el paciente reconoce una sensación de necesidad y busca ayuda profesional. Es importante en esta fase y para el proceso de la relación Enfermera – Paciente como la enfermera entra en relación con el paciente, en el momento en que él toma contacto con la Institución de Salud. Esto determinara si el paciente acepta la ayuda propuesta por la enfermera y asegurar la continuidad de cuidado. La Enfermera tendrá que usar al máximo los recursos personales y profesionales para ayudar al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

Esta fase es clave para marcar el éxito o fracaso de la interacción ya que esta propicia un canal seguro y productivo entre la enfermera y el paciente.

Identificación: Cuando la primera impresión se clarifica, el paciente conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas que pueden ayudarle mejor, se da inicio a la fase de Identificación. En la cual el paciente puede expresar sus sentimientos relacionados con la percepción del problema.. La enfermera facilitara la exploración de sus sentimientos para ayudarle a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reoriente sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivas de la personalidad.

Aprovechamiento: Cuando ya se ha establecido la identificación del paciente con la enfermera, el sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece trata de aprovechar al máximo la relación Enfermera – Paciente para obtener las mayores beneficios posibles. La enfermera ayudara al paciente a utilizar al máximo todas las posibilidades o alternativas de solución que hayan encontrado juntos. Durante esta fase el paciente puede probar la relación y experimentar sentimientos de dependencia e independencia. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que estas surgen

conforme avance la recuperación; se puede ayudar al paciente a identificar y dirigir nuevas metas y así disminuir la identificación con la persona que le brinda ayuda.

Resolución: Implica un proceso de liberación para tener éxito depende de las anteriores fases, se abandona de forma gradual los anteriores objetivos y se adoptan otros nuevos relacionados con el entorno psicosocial para que el paciente logre insertarse exitosamente en su entorno familiar y social.

La resolución exitosa se produce cuando ambos resumen su relación, su significado y su realización, de este modo se fomenta el crecimiento y la madurez del paciente y enfermera.

E.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUIRÚRGICO

La enfermera como proveedor de cuidado, constituye una parte esencial dentro del equipo de salud, desempeña un importante papel durante el proceso quirúrgico pues constituye de modo considerable a crear confianza y seguridad en la persona que va hacer sometida a la Intervención Quirúrgica.

Todo paciente Quirúrgico necesita de unos cuidados preoperatorios físicos que se llevan a cabo, pero también necesitan de unos cuidados psicológicos, los cuales son importantes como los otros. En los cuales se deben poner mayor énfasis para garantizar el bienestar, tranquilidad frente al paciente quirúrgico y una mejor recuperación después del acto quirúrgico.

No existe una experiencia preoperatoria “Rutinaria”, puesto que esta es única para cada persona y el desafío del personal de enfermería consiste en identificar, planear y proporcionar una atención integral considerando al usuario como un ser Biopsicosocial de esta manera si logra la satisfacción del paciente.

Aspecto Biológico: Beare M. (1995), sostiene que la cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad del organismo e interfiere en su normal funcionamiento supone un estrés tanto psicológico, para todos los sistemas orgánicos. (29).

La atención de enfermería en el preoperatorio se centra en la preparación física adecuada para prevenir la aspiración, lesiones, infecciones y otras complicaciones asociadas a la anestesia, asegurar que los exámenes prequirúrgicos estén completos, realizar la preparación de la piel, cubrir sus necesidades de nutrientes y líquidos, retirar objetos de valor – prótesis, administrar la medicación preoperatoria indicada, todas estas acciones deben ser conocidas por el paciente quirúrgico, la enfermera deberá explicar en forma clara y sencilla la importancia de la preparación preoperatoria.

Durante el postoperatorio la atención de enfermería se dirige al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, prevención de complicaciones y al alivio del dolor postoperatorio, el cual retrasa su recuperación pudiendo poner en peligro el resultado final. Según MCCAFFRENY, “el dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”. Es necesario que la enfermera valore el dolor: localización, intensidad, inicio - duración, no juzgar el dolor dado que es una experiencia subjetiva, se administra el analgésico prescrito en el horario establecido, la enfermera valorará la herida operatoria, mantendrá el establecimiento fisiológico del paciente, enseñándole ejercicios respiratorios a realizar en el postoperatorio. Es necesario que el paciente participe en su cuidado para lograr la satisfacción de sus necesidades físicas.

Aspecto Psicológico: El paciente quirúrgico experimenta una serie de sentimientos en relación a la cirugía como temor a lo desconocido, a la anestesia, a la muerte, generando ansiedad en el paciente, el cual puede interferir en la evolución quirúrgica y en el proceso de recuperación. La

enfermera desde el momento en que ingresa el paciente al servicio debe dar apertura a la interrelación Enfermera-Paciente estableciendo un clima de confianza y seguridad para que el paciente pueda expresar sus temores, dudas respecto al acto quirúrgico. La enfermera identificara la necesidad de ayudar al paciente y aclarar cualquier concepto erróneo que pueda tener el paciente respecto al acto quirúrgico, de esta manera ayudar a aliviar sus miedos y temores.

La enfermera brindara apoyo emocional a la familia y otras personas allegadas, ya que su temor, ansiedad influyen sobre el nivel de ansiedad del paciente. Es necesario mantener la relación terapéutica durante el proceso de hospitalización para lograr satisfacer sus necesidades psicológicas.

Aspecto Social: Tanto para el paciente como para la familia la experiencia quirúrgica representa una crisis familiar, la enfermedad ha alterado sus vidas y ellos deben adaptarse a efectos. La enfermera debe disminuir el nivel de ansiedad de la familia despejando sus miedos y dudas, entablando una adecuada comunicación. Caplan (1993), menciona que la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en una intervención quirúrgica ya que el apoyo de la familia al paciente favorece en su recuperación.

Por lo que es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico. La enfermera durante la hospitalización preparara al paciente y familia para el cuidado que haya que tener en casa, ayuda al paciente a reintegrarse a su vida familiar, al trabajo y a la sociedad.

F.- ROL DE LA ENFERMERA EN LA INTERRELACIÓN CON EL PACIENTE QUIRÚRGICO SEGÚN LA TEORÍA DE HILDEGARDE PEPLAU

La enfermera que basa su practica en la teoría de Peplau ve el cuidado de la persona, como el establecimiento y mantenimiento de una relación Enfermera

– Paciente. La enfermera es consciente de que es el instrumento terapéutico de la relación interpersonal ya que la práctica de esta teoría exige el desarrollo de competencia en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas.

Esta teoría servirá de guía al profesional de enfermería, permitiendo brindar una atención personalizada y de sentido humanitario al paciente quirúrgico, considerándolo como un ser Biopsicosocial que está en desarrollo constante, quien a través de las relaciones interpersonales tendrá la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permita responder a sus necesidades.

Orientación: Es la primera fase de la Interrelación, se debe dar desde el momento que el paciente ingrese al servicio de cirugía, y entra en contacto con la enfermera, quien es la encargada de dar inicio a la interrelación, presentándose con el paciente y poniéndose a disposición de él para la satisfacción de sus necesidades, tanto físicas como emocionales, debe llamar al paciente por su nombre y tratarlo como una persona humana que tiene una necesidad de ayuda, debido a que busca ayuda profesional.

La enfermera tendrá que usar al máximo sus recursos personales y profesionales ya que esta fase marca el éxito o fracaso de la interrelación.

En esta fase se instala un canal seguro y productivo entre el personal de enfermería y el paciente quirúrgico, cuyo objetivo es combatir la ansiedad, darle seguridad. Informarle sobre el proceso operatorio y su estado de salud, inspirando así un clima de confianza en el servicio y convenciendo al paciente sobre la importancia del rol que jugará en la promoción de su salud, la enfermera deberá manejar la técnica de reformulación para facilitar que el paciente verbalice sus dudas y temores para poder reducir su ansiedad.

Identificación: Al conocer ya la situación del paciente en la primera intervención, se clarifica el rol de ayuda, se ha pasado a la fase de

identificación. El paciente quirúrgico en esta fase identifica a la enfermera como una persona que puede ayudarla, ya que sea establecido un nexo de confianza y seguridad, es el cual el paciente quirúrgico expresa sus sentimientos, ansiedades, necesidades respecto a la cirugía.

La enfermera resolverá sus preguntas de manera clara y sencilla, apelará a sus conocimientos para actuar y resolver problemas que se plantea a través del comportamiento del paciente.

A partir de esta fase, surge el éxito de la integración, la relación se torna por parte del paciente quirúrgico, como una relación interdependiente, independiente, sentimiento de incapacidad o dependiente frente a la enfermedad.

Aprovechamiento: En esta fase la enfermera a logrado ganarse la confianza del paciente quirúrgico, quien saca un beneficio de esta relación, el paciente sabe lo que puede esperar por parte de la enfermera y lo que puede ofrecerle. La enfermera maneja el equilibrio dependencia – independencia, buscando los conocimientos necesarios para su autocuidado en el postoperatorio, promoviendo así la independencia del paciente, quien asume sus problemas como suyos buscando soluciones a estas, gracias a la ayuda brindada por la enfermera.

Resolución : La enfermera planificará acciones en el entorno psicosocial, para que el paciente después de la operación logre insertarse exitosamente, en su entorno familiar y social que incluye el trabajo. La enfermera hará participar a la familia en el cuidado del paciente, proporcionando información clara y sencilla sobre los cuidados que debe tener su familiar en el hogar. El paciente debe desarrollar una conducta independiente frente a la enfermera, quien propone nuevos objetivos ya que sus necesidades han sido satisfechas, quien refiere haber recibido una interrelación adecuada por parte de la enfermera durante su hospitalización.

Definición Operacional de Términos

Calidad de atención

Se considera una atención de enfermería de calidad cuando la enfermera toma en cuenta las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente durante su atención, logrando así la satisfacción del paciente.

Interrelación Enfermera-Paciente Quirúrgico

Es cuando la enfermera establece una relación con el paciente quirúrgico basada en la comunicación mediante la cual satisface sus necesidades, respondiendo a su necesidad de ayuda, la enfermera explora los sentimientos y preocupaciones del paciente respondiendo así sus inquietudes y temores, disminuyendo así su ansiedad frente al proceso quirúrgico.

Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente según Peplau

Cuando se evidencia momentos durante la interrelación que establece la enfermera desde que ingresa el paciente hasta el termino de su guardia diurna, en la fase de orientación la enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema, proporcionando información, animándole a expresar sus inquietudes, en la fase de identificación la enfermera facilitara la exploración de los sentimientos del paciente para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad, en la fase de aprovechamiento la enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas del paciente haciéndole participar de su autocuidado, en la fase de resolución la enfermera prepara al paciente para su reintegración a sus actividades diarias.

La calidad de la interrelación enfermera – paciente será obtenida a través del formulario de frecuencias acumuladas cuyo valor final será: Calidad de Interrelación enfermera – paciente óptimo, mediano y deficiente.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, descriptivo, de corte transversal ya que va permitir conocer la calidad de la interrelación enfermera paciente quirúrgico en un tiempo y espacio determinado. Descriptivo por que se baso en la observación directa de la atención que brindó la enfermera al paciente en cada una de las fases de la interrelación según la teoría de Peplau.

La investigación se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo que se encuentra ubicado en la Av. Grau en la cuadra trece, siendo un hospital de cuarto nivel con 129 años de fundación, el trabajo se realizó en los servicios de cirugía, siendo un total de siete servicios el cual se divide en cuatro servicios de cirugía general y especialidades, un servicio de urología, un servicio de traumatología y ginecología.

Cada servicio de cirugía cuenta con 40 camas, donde el profesional de enfermería brinda atención directa las 24 horas del día, siendo un total de 5 enfermeras asistenciales y una enfermera jefe por servicio; las cuales están distribuidas en dos turnos, una enfermera asistencial y la enfermera jefe en el turno diurno, una enfermera en el turno noche. El estudio de investigación específicamente se realizó en los servicios de cirugía H3, H4, I3, I4, el cual dispone de 30 camas para cirugía general y 10 camas para especialidades. Se trabajó con la enfermera de turno que realizó la admisión al paciente.

La población de estudio estuvo conformada por las enfermeras asistenciales que laboran en el servicio de cirugía H3, H4, I3 e I4 del Hospital Dos de Mayo. Cada servicio cuenta con cinco enfermeras asistenciales, siendo un total de 20 enfermeras las cuales fueron observadas en tres oportunidades, es así que se observó la admisión de un total de 60 pacientes los cuales estuvieron programados para ser operados al día siguiente.

La técnica utilizada fue la observación directa por parte de la investigadora a las enfermeras asistenciales del servicio de cirugía, la misma que se aplicó en 3 oportunidades a cada una de las enfermeras asistenciales, durante la admisión de tres pacientes quirúrgicos, hasta el término de la guardia diurna, el tiempo observado por cada enfermera tuvo un promedio de 9 horas.

El instrumento utilizado fue la lista de cotejo con estructura dicotómica, que consta de 24 enunciados, cuya finalidad fue lograr el máximo de precisión objetividad de esta manera obtener una buena descripción del fenómeno de interés. Se anotó la presencia o ausencia de determinado enunciado que se observó

La validez del instrumento se hizo uso del juicio de expertos en el área, participaron 4 enfermeras asistenciales que laboran en el servicio de cirugía y 2 docentes con experiencia en las teorías de Enfermería, la cual fue sometida a prueba binomial, también se hizo uso de la fórmula de R de Pearson a cada uno de los ítems del instrumento; para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó fórmula α – Crombach.

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos correspondientes a través de una solicitud al Director del Hospital Nacional Dos de Mayo, para solicitar la aprobación del trabajo de investigación, luego de obtenida la autorización respectiva, se realizaron las coordinaciones

necesarias con las jefas del servicio de cirugía H3, H4, I3 e I4 de modo que se pudo iniciar la aplicación del instrumento.

La recolección de datos se llevo a cabo en los meses de Noviembre y Diciembre, el instrumento se aplicó en tres oportunidades a cada enfermera asistencial, desde el momento en que el paciente ingresó al servicio, se acompañó a la enfermera durante su guardia diurna para observar como establece la interrelación con el paciente quirúrgico, el tiempo promedio de observación fue de 9 horas por cada enfermera asistencial.

Al término de cada acercamiento que la enfermera tenia con el paciente, se fue llenando la lista de cotejo de acuerdo a lo observado, debido a que no se quería que sea un elemento distractor en la medida en que se desarrollaba la interrelación enfermera-paciente.

El procesamiento de los datos se realizó en función a la escala de medida usada para cada ítem por computadora a través del Programa Microsoft Excel de la siguiente manera: Se vació los puntajes obtenidos, en la hoja codificada de Microsoft Excel tanto de manera general como para cada dimensión consideradas en el estudio, cuya puntuación para cada una de las respuestas fueron clasificados de la siguiente manera:

Si = 2 ptos

No = 1 pto

Luego estos fueron clasificados estadísticamente en 3 niveles para evaluar la calidad de interrelación Enfermera - Paciente a través de la Campana de Gauss, se trabajó utilizando la sumatoria de los puntajes totales de cada enfermera, de los valores obtenidos se halló el Promedio Aritmético y la Desviación Estándar que permitió hallar los límites de la campana de Gauss, para agrupar la calidad de la interrelación en base a niveles: óptima, mediana y deficiente; a partir del valor “a” hacia la izquierda nos indica una calidad de la interrelación

deficiente, los valores comprendidos mayores que “a” hasta “b” nos indica una calidad de la interrelación mediana y los valores mayores que “b” hacia la derecha nos indica una calidad de la interrelación óptima.

La calidad de la interrelación de manera general se determinó de la siguiente forma: Si es de 48 a 34 puntos tiene una calidad de la interrelación óptima; los valores comprendidos entre 28 – 34 puntos tiene una calidad de la interrelación mediana y si es menor o igual a 27 puntos tiene una calidad de la interrelación deficiente.

Respecto a las dimensiones:

En la fase de **Orientación** si es mayor de 17 puntos tiene una calidad de la interrelación óptima; los valores comprendidos entre 14 – 17 puntos tiene una calidad de la interrelación mediana y si es menor o igual a 13 puntos tiene una calidad de la interrelación deficiente.

En la fase de **Identificación** si es mayor de 7 puntos tiene una calidad de la interrelación óptima; los valores comprendidos entre 6 – 7 puntos tiene una calidad de la interrelación mediana y si es menor o igual a 5 puntos tiene una calidad de la interrelación deficiente.

En la fase de **Aprovechamiento** si es mayor de 6 puntos tiene una calidad de la interrelación óptima; los valores comprendidos entre 5 – 6 puntos tiene una calidad de la interrelación mediana y si es menor o igual a 4 puntos tiene una calidad de la interrelación deficiente.

En la fase de **Resolución** si es mayor de 6 puntos tiene una calidad de la interrelación óptima; los valores comprendidos entre 5 – 6 puntos tiene una

calidad de la interrelación mediana y si es menor o igual a 4 puntos tiene una calidad de la interrelación deficiente.

La valoración de los datos obtenidos, estuvo en base a la escala de medición ordinal, se presento mediante tablas de frecuencias.

CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A.- Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente según la Teoría de Peplau

En la tabla N° 1 con respecto a la calidad de la interrelación enfermera –paciente según la teoría de Peplau, tenemos que, del 100% (20) de las enfermeras, un promedio de 60% (12) establece una calidad de la interrelación mediana, un promedio de 30% (6) establece una calidad de la interrelación deficiente y un 10% (2) establece una calidad de la interrelación optima.

Al respecto Peplau describe el cuidado de enfermería como un proceso interpersonal terapéutico que desarrolla y mantiene el profesional de enfermería, en el cual se exige el desarrollo de competencias en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas, reconociendo la comunicación como un ingrediente básico para la interrelación con el fin de garantizar una interrelación enfermera – paciente de calidad.

Los resultados obtenidos demuestran que la calidad de la interrelación enfermera –paciente según la teoría de Peplau es

predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera - paciente deficiente, lo que significa que el profesional de enfermería carece de habilidades y destrezas para la comunicación, debido a que se emplea solo para contestar las preguntas del paciente de lo contrario se prefiere el silencio durante el cuidado de enfermería que brinda, creando una barrera entre el paciente y la enfermera lo cual no favorece, si lo que se persigue es un cuidado de calidad lo que significa que no hay una calidad de la interrelación enfermera – paciente óptima.

TABLA Nro. 1

**CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE,
SEGÚN LA TEORÍA DE PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE. 2004**

Calidad de la Interrelación	Enfermeras	
	N	%
- Optimo	2	10
- Mediano	12	60
- Deficiente	6	30
Total	20	100

B.- Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente en relación a la fase de Orientación, según la Teoría de Peplau

En la tabla N° 2 con respecto a la calidad de la interrelación enfermera –paciente en relación a la fase de Orientación, tenemos que, del 100% (20) de las enfermeras, un promedio de 65% (13) establece una calidad de la interrelación mediana, un promedio de 25% (5) establece una calidad de la interrelación deficiente y un 10% (2) establece una calidad de la interrelación óptima.

Al respecto según la teoría de Peplau en la fase de Orientación, la enfermera es la encargada de dar inicio a la interrelación, desde el momento en que entra en contacto con el paciente quirúrgico, estableciendo un canal seguro y productivo a medida en que satisface sus necesidades, y ayuda al paciente a adaptarse frente al proceso de hospitalización. La enfermera en esta fase usará al máximo sus recursos personales y profesionales para que el paciente verbalice sus dudas y temores de manera que ayude al paciente a reconocer y comprender sus problemas.

Los resultados obtenidos demuestran que la calidad de la interrelación enfermera –paciente en la fase de Orientación es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera paciente deficiente, lo que significa que el profesional de enfermería durante la admisión al paciente quirúrgico a minimizado su intervención hasta el punto de identificar al paciente y asignarle su unidad, originada por un desempeño desensibilizado y una práctica de enfermería inmersa en una rutina que no demuestra la esencia de la profesión, de esta manera no contribuye a la disminución de su ansiedad, temor, que experimenta el paciente frente al proceso de enfermedad, influyendo de manera negativa en la calidad de la interrelación.

TABLA Nro. 2

**CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE, EN
RELACIÓN A LA FASE DE ORIENTACIÓN, SEGÚN LA TEORIA
DE PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2004**

Calidad de la Interrelación	Enfermeras	
	N	%
- Optimo	2	10
- Mediano	13	65
- Deficiente	5	25
Total	20	100

C.- Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente en relación a la fase de Identificación, según la Teoría de Peplau

En la tabla N° 3 con respecto a la calidad de la interrelación enfermera –paciente en relación a la fase de Identificación, tenemos que, del 100% (20) de las enfermeras, un promedio de 50% (10) establece una calidad de la interrelación mediana, un promedio de 45% (9) establece una calidad de la interrelación deficiente y un 5% (1) establece una calidad de la interrelación óptima.

Al respecto en la fase de Identificación el paciente comienza a responder de manera selectiva a las personas que le pueden ayudar identificando a la enfermera. El profesional de enfermería facilitará la exploración de sus sentimientos para ayudar a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reoriente a sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivos de la personalidad.

El paciente expresara libremente sus sentimientos, necesidades y la enfermera asistirá al paciente manteniendo la interrelación escuchando atentamente, respondiendo a sus preguntas de forma sencilla de esta manera satisfacer sus necesidades.

Los resultados obtenidos demuestran que la calidad de la interrelación enfermera – paciente en la fase de Identificación es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera - paciente deficiente, lo que significa que el profesional de enfermería no es identificado como una persona que le puede ayudar a satisfacer sus necesidades biopsicosociales - espirituales, de manera que no se puede hablar de un cuidado de enfermería de calidad ya que no se puede brindar una atención de sentido holístico y oportuna.

TABLA Nro. 3

**CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE, EN
RELACIÓN A LA FASE DE IDENTIFICACIÓN, SEGÚN LA TEORIA
DE PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2004**

Calidad de la Interrelación	Enfermeras	
	N	%
- Optimo	1	5
- Mediano	10	50
- Deficiente	9	45
Total	20	100

D.- Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente en relación a la fase de Aprovechamiento, según la Teoría de Peplau

En la tabla N° 4 con respecto a la calidad de la interrelación enfermera –paciente en relación a la fase de aprovechamiento, tenemos que, del 100% (20) de las enfermeras, un promedio de 55% (11) establece una calidad de la interrelación mediana, un promedio de 35% (7) establece una calidad de la interrelación deficiente y un 10% (2) establece una calidad de la interrelación óptima.

Al respecto según la teoría de Peplau en la fase de aprovechamiento, el paciente aprovecha al máximo su relación con la enfermera utilizando los servicios que le son ofrecidos para responder plenamente a sus necesidades, la enfermera ayudara al paciente a utilizar al máximo todas las posibilidades o alternativas de solución que hayan encontrado juntos durante la interacción. Así mismo deberá manejar el equilibrio dependencia e independencia, brindando la información necesaria para su autocuidado de manera que el paciente participe en su autocuidado.

Los resultados obtenidos demuestran que la calidad de la interrelación enfermera- paciente en la fase de aprovechamiento es predominantemente mediana, con tendencia a una calidad de la interrelación deficiente, lo que significa que el profesional de enfermería esta descuidando algunos detalles y aspectos necesarios para la atención personalizada, ya que no existe un encuentro en el que hay un llamado y una respuesta a una necesidad percibida, lo que demuestra que el profesional de enfermería no permite establecer relaciones interpersonales positivas que reflejen el interés por ayudar al paciente a recuperar su salud.

TABLA Nro. 4

**CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE, EN
RELACIÓN A LA FASE DE APROVECHAMIENTO, SEGÚN LA
TEORÍA DE PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2004**

Calidad de la Interrelación	Enfermeras	
	N	%
- Optimo	2	10
- Mediano	11	55
- Deficiente	7	35
Total	20	100

E.- Calidad de la Interrelación Enfermera – Paciente en relación a la fase de Resolución, según la Teoría de Peplau

En la tabla N° 5 con respecto a la calidad de la interrelación enfermera –paciente en relación a la fase de resolución, tenemos que, del 100% (20) de las enfermeras, un promedio de 55% (11) establece una calidad de la interrelación mediana, un promedio de 40% (8) establece una calidad de la interrelación deficiente y un 5% (1) establece una calidad de la interrelación óptima.

Al respecto según la teoría de Peplau en la fase de resolución implica un proceso de liberación en el cual la enfermera debe planificar acciones relacionadas con el entorno familiar y social para que el paciente logre insertarse exitosamente en su entorno, haciendo participar a la familia en el cuidado del paciente de manera que contribuya en el proceso de recuperación del paciente.

Los resultados obtenidos demuestran que la calidad de la interrelación enfermera- paciente en la fase de resolución es predominantemente mediana, con tendencia a una calidad de la interrelación deficiente, lo que significa que la enfermera pone en riesgo el proceso de recuperación del paciente quirúrgico debido a que no logra cuidar, apoyar ni acompañar al paciente y familia durante su proceso de enfermedad.

TABLA Nro. 5

**CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE, EN
RELACIÓN A LA FASE DE RESOLUCIÓN, SEGÚN LA TEORIA
DE PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2004**

Calidad de la Interrelación	Enfermeras	
	N	%
- Optimo	1	5
- Mediano	11	55
- Deficiente	8	40
Total	20	100

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

CONCLUSIONES :

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación se concluye lo siguiente:

1.- La calidad de la interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Peplau es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera-paciente deficiente, como producto del desempeño profesional debido a que necesitan reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación impidiendo que se entable una calidad de interrelación enfermera-paciente óptima.

2.- La calidad de la interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Peplau en relación a la fase de orientación es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de interrelación deficiente, como producto de una practica de enfermería inmersa en una rutina.

3.- La calidad de la interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Peplau en relación a la fase de identificación es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de interrelación deficiente, debido a que la atención que se brinda no es de sentido holístico ni oportuno.

4.- La calidad de la interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Peplau en relación a la fase de aprovechamiento es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de interrelación deficiente, debido a que el profesional de enfermería no permite establecer relaciones interpersonales positivas que reflejen el interés por ayudar al paciente a recuperar su salud.

5.- La calidad de la interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Peplau en relación a la fase de resolución es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de interrelación deficiente.

RECOMENDACIONES :

1.- A las autoridades de Enfermería y los profesionales de enfermería implementar planes de trabajo, talleres, capacitaciones permanentes donde permita desarrollar habilidades y destrezas para establecer una interrelación enfermera paciente de calidad.

2.- Realizar trabajos de investigación donde se relacione la variable de estudio, debido a que esta área crítica de investigación a sido poco estudiada por nuestros medios en la actualidad.

3.- Realizar nuevas investigaciones con diferentes tipos de población, especialmente con pacientes oncológicos y quirúrgicos, en donde se desarrolle y aplique la teoría de Peplau.

4.- Plantear una sensibilización al profesional de enfermería sobre la calidad de cuidado que brinda, de manera que se recomienda seguirse del modelo de Peplau ya que permite orientar la practica de enfermería como un proceso interpersonal terapéutico.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) Milla Guerrero, Patricia. “Relaciones interpersonales enfermera-paciente de los servicios de cirugía general del Hospital Arzobispo Loayza”. Tesis para optar el grado de Bachiller. 1990.
- (2) Tejada C. Adela. “Características de la atención de enfermería al paciente trasplantado de riñón en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. 1994.
- (3) Alfaro Novoa, Rocío. “La atención humanitaria de la enfermera y la opinión del paciente hospitalizado sobre la atención recibida en el servicio de medicina B del Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Tesis para optar el grado de Licenciada de Enfermería. 1996.
- (4) Becerra Garay, Silvia. “Nivel de atención humanizada en el actuar de las enfermeras de la sala de observación del departamento de emergencia del Hospital Cayetano Heredia”. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. 1996.
- (5)(27) Vera Mendoza, Martha. “Factores que influyen en la calidad de atención que brinda la enfermera en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Tesis para optar el grado de Magíster en Enfermería. 1998.
- (6) Zeta Vega, Zulema. “Expectativas del paciente en la admisión respecto a la atención de enfermería humanizada y su percepción sobre la calidad de la misma al momento del alta en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. 1998.

- (7) Parra B. y Peña N. “Comunicación terapéutica para optimizar la calidad de atención de al enfermo consciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz”. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. 1999.
- (8) Carpio Z. y Quintero W. “Relación interpersonal de enfermería y su efectividad en pacientes en la unidad de hospitalización, cirugía y traumatología del Hospital Militar Coronel Elbano Paredes Vivas”. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. 2000.
- (9) Arista Chavez, Gilber. “Interacción enfermera-paciente en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. 2003.
- (10)(14) Fingert W.Y.K Harder. Network en español. Calidad en los servicios de salud. p. 20-23
- (11) Montiel Morales G. Administración de los servicios de salud en Enfermería. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería México: Ed. OPS MESS, 1988.
- (12) Lohr K. Strategic for quality assurance. Institute of medicine. Washington DC:National Academy. 1990.
- (13) OPS-OMS. Gerencia de la calidad. Ginebra: Ed. Fundación Kellogg. 1996.
- (15)(16)(17)(18) MINSA. Sistema de gestión de la calidad en Salud. Perú: Ed. MINSA. 2000. p. 17-18-36

- (19) KOZIER B. Fundamentos de enfermería. Mexico : Ed. Interamericana; 1999.
- (20) Watson, J. Nursing: The philosophy and sciences of caring. Boston. 1998.
- (21) (22) (24) (25) Suzanne Kerovac y col. El pensamiento enfermero. España. Ed. Masso. 1996. p. 23-28
- (23) Colliere. Revista de Enfermería: Profesión: Enfermería. 1994. 22 (2):28-20
- (26) Poletti, Roseti. Teoría de enfermería tendencias y conceptos actuales. España: Ed. Rol. 1994
- (28) Bermejo, José. Humanizar la salud. España: Ed. San Pablo. 1997.
- (29) Beare Myers. El tratado de enfermería. España: Ed. Mosby. 1995.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro Novoa, Rocío. “La atención humanitaria de la enfermería y la opinión del paciente hospitalizado sobre la atención recibida en el servicio de medicina del Hospital Cayetano Heredia”. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería, Lima, Perú, 1996.
- Arista Chávez, Gilber. “Interacción enfermera-paciente en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Lima, Perú, 2003.
- Beare Myers. El tratado de enfermería. España: Ed. Mosby; 1995: cap. 5, p. 425-547.
- Becerra Garay, Silvia. “Nivel de atención humanizada en el actuar de las enfermeras del Departamento de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima, Peru. 1996.
- Bermejo, José Carlos. Humanizar la salud. Ed. San Pablo. 1997: Cap. 1; p.11-14.
- Brunner Sudarth. Enfermería médico quirúrgica. 7º Edición. México. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 1994: cap. 5; p. 440-470.
- Canales, F.; Alvarado E. y Pincela E. Metodología de la investigación. Washington EUA: Ed. OPS-OMS; 1997: Cap. 6; p. 79-98.

- Carpio Z. y Quintero W. “Relación interpersonal de Enfermería y su efectividad en pacientes en la unidad de hospitalización, cirugía y traumatología del Hospital Militar Coronel Elbano Paredes Vivas”. Tesis para optar el título de Enfermera, Caracas, Venezuela. 2000.
- Colliere ME. Enfermería Profesión. Revista de Enfermería Rol. 1999. 22(1): p. 28-30.
- Colegio de Enfermeros. Teorías de enfermería. Perú. Ed. Colegio de Enfermeros. 1989.
- Dorothy W. Smith. Enfermería Médico-Quirúrgica. Colombia. Ed. Interamericana. 1973: cap. 2, p. 217-264.
- Dugas Beverly. Tratado de Enfermería práctica. México. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 2000.
- Fingerd W y k. Calidad en los servicios de salud. Network en español. 1993.; 8(4): p. 20-23.
- Finlay, Carlos J. Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención del hombre como ser biopsicosocial. Revista Cubana de Salud Pública. 2001; 27(1): p.8-11.
- Kozier B. Fundamentos de enfermería. México. Ed. Interamericana; 1999. Cap.
- Lohr K. Strategies for quality assurance. Institute of Medicine. Washington, EUA. Ed. Nacional Academy, 1990.

- Long Bárbara. Enfermería médico quirúrgico. 2º Edición. España. Ed. Interamericana. Mc Graw Hill; 1992: cap. 4, p. 347-391.
- Milla Guerrero Patricio. Relaciones interpersonales enfermera-paciente en los servicios de cirugía general del Hospital Arzobispo Loayza. Tesis para optar el grado de Bachiller. Lima-Perú, 1998.
- Montiel Morales G. Administración de los servicios de salud. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería. México: Ed. OPS. CIESS; 1988.
- Ministerio de Salud. Sistema de gestión de la calidad en salud. Lima, Perú; Ed. MINSA, 2000: cap. 1, p. 17-37.
- Océano. Manual de Enfermería. España: El Océano. 1997.
- Organización Mundial de la Salud. Forum Mundial de la Salud, 1945; 16; p. 158-160.
- OPS-OMS. Gerencia de la calidad en salud. Ginebra. Ed. Fundación Veiluy; 1996; cap. 1, p. 2-18.
- Paterson-Zredad. Enfermería humanitaria. México. Ed. Limusa. 1979.
- Parra B, Peva N. “Comunicación terapéutica para optimizar la calidad de atención al enfermo consciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Táchira, Venezuela, 1999.

- Poletti Rosetti. Teoría de enfermería, tendencias y conceptos. España. Ed. Rol. 1980.
- Suzanne Kerovac y col. El pensamiento enfermero. España. Ed. Masso. 1946. cap. 1: 23-38.
- Tejada C. Adela. “Características de la atención de enfermería al paciente trasplantado de riñón en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería, Lima, Perú. 1994.
- Vera Mendoza, Martha. “Factores que influyen en la calidad de atención que brinda la enfermera en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Tesis para optar el grado de Magíster en Enfermería. Lima, Perú. 1998”.
- Watson, J. Nursag. The philosophy and sciences of caring. Boston. 1988.
- Zeta vega Zulema. “Expectativas del paciente en la admisión respecto a la atención de enfermería humanizada y su percepción sobre la calidad de la misma al momento del alta en el servicio de Cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú. 1998.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO

- A :** Operacionalización de la Variable de estudio
- B :** Instrumento de Recolección de Datos
- C :** Grado de concordancia entre los jueces según Prueba Binomial
- D :** Determinación de la Validez del Instrumento
- E :** Determinación de la Confiabilidad del Instrumento
- F :** Matriz Tripartita de Codificación de Datos
- G :** Categorización de las Variables y sus Dimensiones
- H :** Frecuencias acumuladas de la Variable y sus Dimensiones

ANEXO A

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual de la Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Calidad en la interrelación enfermera – paciente quirúrgico.	<p>Atención que brinda la enfermera durante el tiempo que esta en el servicio es de sentido holístico, demuestra su calidad humana, al establecer la interrelación con el paciente quirúrgico la cual refleja el interés por ayudar al paciente a afrontar el proceso quirúrgico.</p> <p>Respondiendo a sus necesidades el cual implica escucharlo de manera activa, darle información necesaria, mostrando una actitud de interés, respeto generando un ambiente de tranquilidad y confianza que favorezca el proceso</p>	Orientación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación. - Identifica al paciente por su nombre. - Tiempo que dura el acercamiento. - Tópicos que trata la enfermera al interactuar con el paciente. - Comunica sobre la hospitalización. - Anima a que exprese sus dudas y necesidades. - Comunica sobre el proceso quirúrgico. 	<p>Se utilizara la escala de medición Ordinal debido a que establece jerarquía, orden; la calidad de la interrelación Enfermera – Paciente se determinara a través de niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Optimo -Mediano -Deficiente

	de hospitalización y recuperación del paciente.	<p>Identificación</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente conoce a la enfermera. - El paciente le informa a la enfermera sobre sus inquietudes y necesidades. - La enfermera escucha atentamente y con interés. - El paciente pregunta, la enfermera responde. - El paciente solicita, la enfermera provee o explica. <p>Aprovechamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente sabe en lo que la enfermera le puede ayudar. - El paciente reclama o llama a la enfermera. - La enfermera prepara al paciente para su auto cuidado. 	
--	---	--	--

		Resolución	<ul style="list-style-type: none"> - La enfermera hace participar a la familia en su autocuidado. - La enfermera fomenta la reinserción a la vida familiar y social del paciente. - Informa sobre los cuidados en el hogar. - La enfermera propicia la independencia del paciente. 	
--	--	------------	--	--

ANEXO B

LISTA DE COTEJO

1. INTRODUCCIÓN

El presente instrumento es parte del estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la calidad de la interrelación enfermera-paciente quirúrgico, el cual será aplicado en 3 oportunidades a cada una de las enfermeras que laboran en el Servicio de Cirugía, es necesario mencionar que los resultados obtenidos se mantendrán en reserva, en tal sentido apelamos a su colaboración para la ejecución de dicho instrumento.

2. DATOS GENERALES

Fecha de aplicación:

Inicio de admisión:

Turno:

Servicio de cirugía:

Nombre de la enfermera:

3. CONTENIDO

Aspecto observado	Si	No	Observaciones
ORIENTACIÓN			
▪ La enfermera se identifica dando su nombre completo y cargo.			
▪ La enfermera identifica al paciente por su nombre.			
▪ La enfermera informa sobre la rutina del servicio.			
▪ La enfermera acompaña al paciente a su cuarto.			

▪ La enfermera presenta al paciente a sus compañeros de cuarto.			
▪ La enfermera informa al paciente sobre sus derechos .			
▪ La enfermera informa al paciente sobre el consentimiento informado.			
▪ La enfermera orienta al paciente sobre los cuidados preoperatorios.			
▪ La enfermera invita al paciente a expresar sus dudas y temores.			
▪ La enfermera aclara las dudas que pueda tener el paciente sobre su enfermedad.			
▪ La enfermera explica al paciente acerca de su tratamiento y enfermedad .			
▪ La enfermera comunica al paciente cuando le van hacer algún examen, análisis o tratamiento.			
IDENTIFICACIÓN			
▪ El paciente llama a la enfermera por su nombre..			
▪ El paciente le informa a la enfermera sobre sus dudas y necesidades.			
▪ La enfermera escucha atentamente al paciente cuando le habla, sin interrumpir.			
▪ La enfermera responde a las preguntas de forma clara y sencilla.			

APROVECHAMIENTO			
▪ La enfermera es solicitada por el paciente cuando tiene alguna necesidad.			
▪ La enfermera acude cuando el paciente la solicita.			
▪ La enfermera educa al paciente sobre los cuidados a tener en el postoperatorio para prevenir complicaciones.			
▪ La enfermera hace participar al paciente en su autocuidado.			
RESOLUCIÓN			
▪ La enfermera hace participar a la familia en lo referente al cuidado y tratamiento del paciente.			
▪ La enfermera motiva al paciente a que se reincorpore a sus actividades diarias.			
▪ La enfermera informa a los familiares sobre los cuidados a tener en el hogar.			
▪ La enfermera propicia la independencia del paciente.			

ANEXO C

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES

SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

Preguntas	JUECES						Valor binomial
	1	2	3	4	5	6	
1	0	0	0	0	0	0	0.016
2	0	1	0	0	0	0	0.109
3	0	1	0	0	0	0	0.109
4	0	1	0	0	0	0	0.109
5	0	0	0	0	0	0	0.016
6	0	0	1	0	0	0	0.109
7	0	1	0	0	0	0	0.109

Se ha considerado :

0: si la respuesta es positiva

1: si la respuesta es negativa

si $p < 0.5$ el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.5 por lo tanto el grado de concordancia es significativa.

ANEXO D

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Item 1	r = 0.70
Item 2	r = 0.30
Item 3	r = 0.20
Item 4	r = 0.80
Item 5	r = 0.20
Item 6	r = 0.80
Item 7	r = 0.30
Item 8	r = 0.30
Item 9	r = 0.70
Item 10	r = 0.30
Item 11	r = 0.60
Item 12	r = 0.60
Item 13	r = 0.70
Item 14	r = 0.60
Item 15	r = 0.50
Item 16	r = 0.50
Item 17	r = 0.50
Item 18	r = 0.70
Item 19	r = 0.70
Item 20	r = 0.70
Item 21	r = 0.50
Item 22	r = 0.60
Item 23	r = 0.60
Item 24	r = 0.35

Si “**r > 0.20**” el instrumento es valido; por lo tanto este instrumento es valido en cada uno de los items.

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la formula α – Crombach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

$$\alpha = \frac{24}{23} \left(1 - \frac{4.13}{22.06} \right)$$

$$\alpha = 1.05 [1 - 0.188]$$

$$\alpha = 1.05 [0.812]$$

$$\alpha = 0.85$$

ANEXO F

MATRIZ TRIPARTITA GENERAL DE DATOS

Enfermeras	ITEMS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Σ
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	31
2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	33
3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	46
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	27
5	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	36
6	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	30
7	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27
8	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	27
9	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	33
10	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	34
11	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	30
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
13	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	30
14	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	34
15	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	29
16	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	31
17	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	27
18	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	31
19	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
20	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	30
Σ _x	22	32	24	21	24	21	24	26	22	35	24	28	21	26	33	33	26	28	22	25	24	28	23	24	616
y	1.10	1.60	1.20	1.05	1.20	1.05	1.20	1.30	1.10	1.75	1.20	1.40	1.05	1.30	1.65	1.65	1.30	1.40	1.10	1.25	1.20	1.40	1.15	1.20	30.80
σ	0.09	0.25	0.17	0.05	0.17	0.05	0.17	0.22	0.09	0.20	0.17	0.25	0.05	0.22	0.24	0.24	0.22	0.25	0.09	0.20	0.17	0.25	0.13	0.17	22.06
σ²	0.31	0.50	0.41	0.22	0.41	0.22	0.41	0.47	0.31	0.44	0.41	0.50	0.22	0.47	0.49	0.49	0.47	0.50	0.31	0.44	0.41	0.50	0.37	0.41	4.70
Σ _{x²}	26	56	32	23	32	23	32	38	26	65	32	44	23	38	59	59	38	44	26	35	32	44	29	32	888
r	0.7	0.3	0.2	0.8	0.2	0.8	0.3	0.3	0.7	0.3	0.6	0.6	0.76	0.6	0.5	0.5	0.5	0.7	0.7	0.7	0.5	0.6	0.6	0.3	

ANEXO G

PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE

A.- Categorización de la Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente según la Teoría de Peplau

Se utilizo la campana de Gauss, donde se considero una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1.- Se calculo el $X = 30.8$

2.- Se calculo la Desviación Estándar (DS)

$$DS = 4.7$$

3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 30.8 - 0.75 (4.7)$$

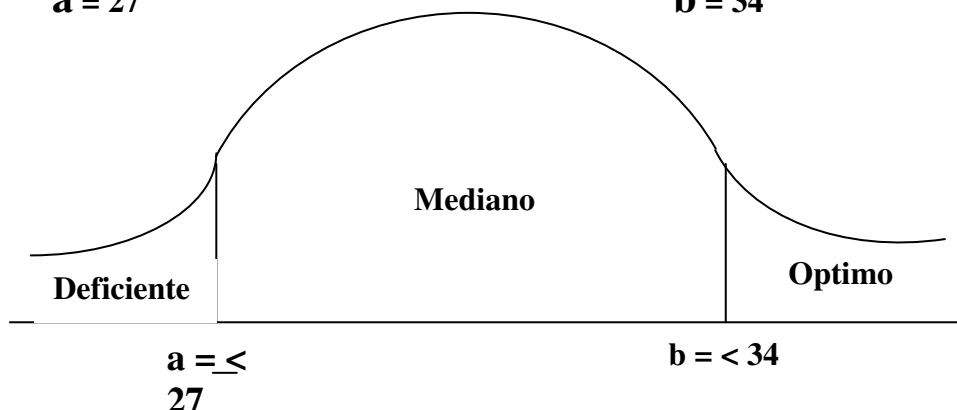
$$b = 30.8 + 0.75 (4.7)$$

$$a = 22 - 3.52$$

$$b = 30.8 + 3.52$$

$$a = 27$$

$$b = 34$$



PROCEDIMIENTO PARA LA CATEGORIZACIÓN SEGÚN DIMENSIONES

A.- Categorización Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Orientación

Se utilizo la campana de Gauss, donde se considero una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1.- Se calculo el $X = 15.15$

2.- Se calculo la Desviación Estándar (DS)

$$DS = 2.32$$

3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 15.15 - 0.75 (2.32)$$

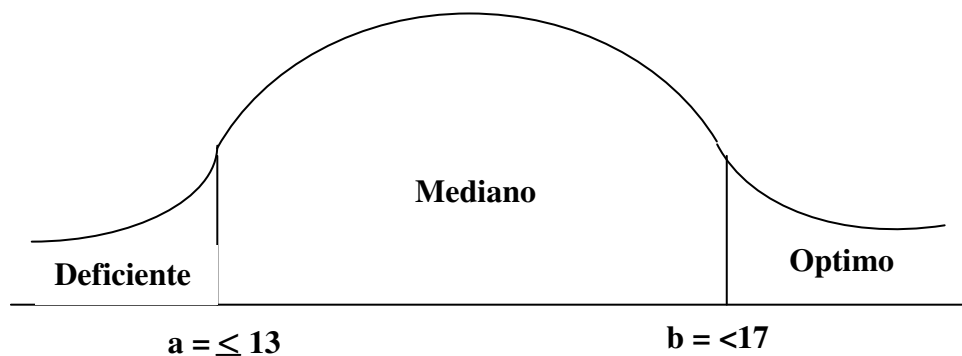
$$b = 15.15 + 0.75 (2.32)$$

$$a = 15.15 - 1.74$$

$$b = 15.15 + 1.74$$

$$a = 13$$

$$b = 17$$



B.- Categorización Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Identificación

Se utilizo la campana de Gauss, donde se considero una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1.- Se calculo el $X = 5.65$

2.- Se calculo la Desviación Estándar (DS)

$$DS = 1.27$$

3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 5.65 - 0.75 (1.27)$$

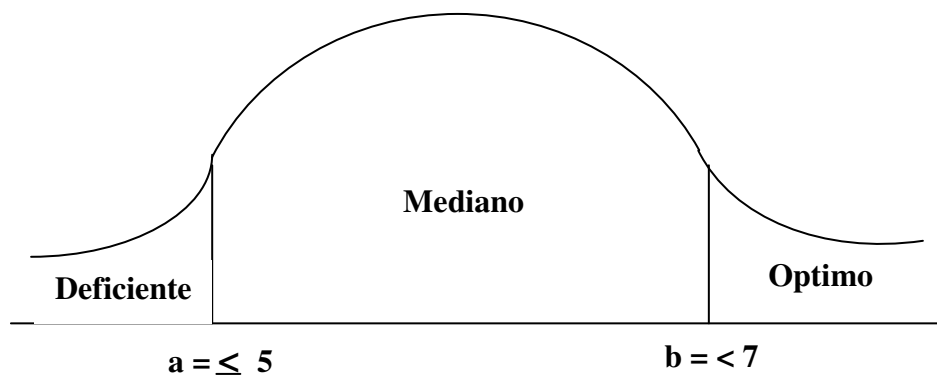
$$b = 5.65 + 0.75 (1.27)$$

$$a = 5.65 - 0.95$$

$$b = 5.65 + 0.95$$

$$a = 5$$

$$b = 7$$



C.- Categorización Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Aprovechamiento

Se utilizo la campana de Gauss, donde se considero una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1.- Se calculo el $X = 5.05$

2.- Se calculo la Desviación Estándar (DS)

$$DS = 1.1$$

3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 5.05 - 0.75 (1.1)$$

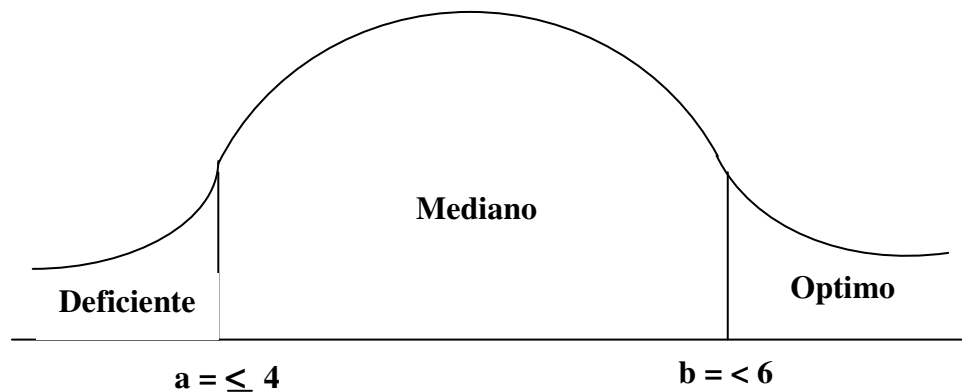
$$b = 5.05 + 0.75 (1.1)$$

$$a = 5.05 - 0.825$$

$$b = 5.05 + 0.825$$

$$a = 4$$

$$b = 6$$



D.- Categorización Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Resolución

Se utilizo la campana de Gauss, donde se considero una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

1.- Se calculo el $X = 4.95$

2.- Se calculo la Desviación Estándar (DS)

$$DS = 0.94$$

3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$a = 4.95 - 0.75 (0.94)$$

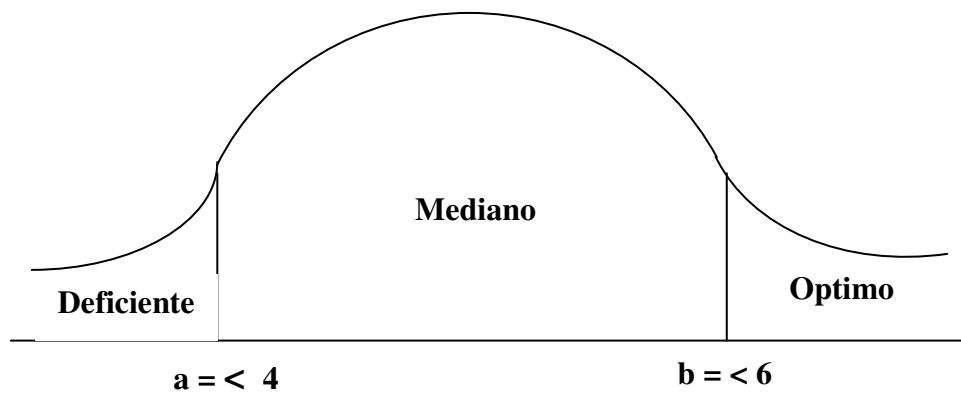
$$b = 4.95 + 0.75 (0.94)$$

$$a = 4.95 - 0.825$$

$$b = 4.95 + 0.825$$

$$a = 4$$

$$b = 6$$



ANEXO H

FRECUENCIAS ACUMULADAS DE LA VARIABLE Y SUS DIMENSIONES

a.- Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente según la Teoría de Peplau

- Calidad de la Interrelación	Puntaje
- Optimo	Mayor de 34 puntos
- Mediano	De 28 a 34 puntos
- Deficiente	Menor o igual a 27 puntos

De la misma manera se procedió a establecer por dimensiones :

b.- Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Orientación

Calidad de la Interrelación	Puntaje
- Optimo	Mayor de 17 puntos
- Mediano	De 14 a 17 puntos
- Deficiente	Menor o igual a 13 puntos

c.- Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Identificación

Calidad de la Interrelación	Puntaje
- Optimo	Mayor de 7 puntos
- Mediano	De 6 a 7 puntos
- Deficiente	Menor o igual a 5 puntos

d.- Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Aprovechamiento

Calidad de la Interrelación	Rango
- Optimo	Mayor de 6 puntos
- Mediano	De 5 a 6 puntos
- Deficiente	Menor o igual a 4 puntos

e.- Calidad de la Interrelación Enfermera - Paciente en relación a la fase de Resolución

Calidad de la Interrelación	Rango
- Optimo	Mayor de 6 puntos
- Mediano	De 5 a 6 puntos
- Deficiente	Menor o igual a 4 puntos